



Best Available Copy

SU 1204193 A

Obturation of bronchopleural fistulae after pneumectomy

Obturators are needed in different sizes

Rethoracotomy IV ICR (12-15 cm) linea axilaris anterior et posterior.

Fistula inspection

The fistula channel is treated with a 25% solution of $\text{Ag}(\text{NO}_3)_2$

An obturator is then chosen; diameter and length of the fistula channel should here be taken into account.

The obturator surface and the fistula channel walls are treated with a medical adhesive.

A bulbous probe (90°-bent) is inserted into the obturator.

The obturator is then introduced into the fistula opening.

After surgery the pleural space is punctured.

Medical adhesive holds the tissue for more than two months, which is sufficient for the tissue to grow into the openings on the obturator.

This is followed by many examples of therapy

Best Available Copy

MEDR = ★

P31

86-223914/34

★SU 1204-193-1

Obturator - has hollow perforated truncated cone with closed lesser base end and flange on greater base

MED RADIOLOGY RES 17.01.83-SU-561610

(15.01.86) A61b-17/00 R

17.01.83 as 561610 (1462MB)

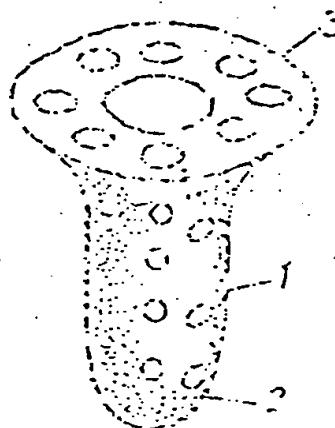
The obturator for a fistula is made in the form of a rotation body which is a perforated hollow truncated cone (1) with a closed end (2) at its lesser base and a flange (3) at its greater base. The obturator is made of synthetic biologically neutral material such as silicon and silicon-organic resin mixtures 52-366 and 52-336/4 used in medical practice.

A set of obturators of various diameters and lengths should be available to allow their use to obturate fistulae of various dimensions.

The obturator is held in place for two months using medical glue during which time the mucous membrane grows through the perforation apertures in the wall of the cone into the hollow part of the obturator, holding it reliably in position. The flange also grows over with tissue.

USE - This obturator is used to obturate chronic bronchiopleurothoracal fistulae after pneumectomy. Bul.2/15.1.8 (3pp Dwg. No.1/1)

N86-166913





СОЮЗ СОВЕТСКИХ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1204193 A

(60) 4 А 61 В 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

(21) 3561610/28-14

(22) 17.01.83

(46) 15.01.86. Бюл. № 2

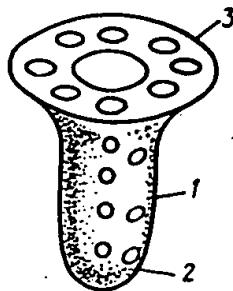
(71) Научно-исследовательский институт ме-
дицинской радиологии

(72) П. Н. Фирсова, Э. В. Осташкович,
В. Н. Медведев, С. С. Малик
и И. А. Изотова

(53) 615.472.6(088.8)

(56) Авторское свидетельство СССР
№ 1055484, кл. А 61 В 17/00, 1982.

(54) (57) ОБТУРАТОР для свища, выполненный в виде тела вращения, отличающийся тем, что, с целью обеспечения обтурации хронических бронхолеваторакальных свищей после пневмоэктомии, он выполнен перфорированным в виде полого усеченного конуса с заглушеным торцом у малого основания и фланцем у большого основания.



SU 1204193 A

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, к обтуриаторам для бронхоплевроторакальных свищ.

Целью изобретения является обеспечение обтурации хронических бронхоплевроторакальных свищей после шевронэктомии.

На чертеже схематически изображен обтуриатор, общий вид.

Обтуриатор выполнен в виде тела вращения, перфорированным в виде пастого усеченного конуса 1 с заглущенным торцом 2 у малого основания и фланцем 3 у большого основания.

Обтуриатор выполнен из синтетического тканепропитаного материала (силиконовые и кремнийорганические резиновые смеси 52-366 и 52-336/4, применяемые в медицинской практике).

Для работы необходимо иметь набор обтуриаторов разного диаметра и длины.

Проводят реторакотомию (повторное вскрытие грудной полости) по ходу IV межреберья между передней и задней подмышечными линиями. Вскрывают кожу, подкожную клетчатку, подиаэдистично резицируют IV и V ребра на протяжении 12-15 см в пределах аксилярных линий (менее травматичный доступ). Рассекают плевру и вскрывают остаточную плевральную полость. Полость и свищ осматривают, очищают от некротических тканей, промывают раствором антибиотиков, осушивают салфетками, а затем просвет свища и стеники полости протирают салфетками, смоченными спиртом. Свищевой ход и ткани вокруг отверстия смазывают 25%-ным раствором азотокислого серебра (ляписом).

Затем из набора выбирают обтуриатор по диаметру и длине свищевого хода. Осущенные стеники свища и наружная поверхность обтуриатора смазывают медицинским kleem. В полую часть обтуриатора вводят изогнутый под прямым углом пуговчатый зонд, под контролем глаза с помощью зонда обтуриатор подводят к свищевому отверстию и вводят в его просвет до упора, до соприкосновения фланца обтуриатора с тканями, окружающими отверстие, плотно прижимая его к медиастинальной стенке. Остаточную плевральную полость после операции ушивают наглухо и осуществляют полное закрытие грудной клетки. Лечение полости в послеоперационном периоде проводится методом пункций.

Медицинский klej удерживает соединенные ткани более 2 мес. За этот период слизистая оболочка свищевого хода прорастает через отверстия в полую часть обтуриатора и надежно удерживает его в приданном положении. Подобным образом обрастают тканями и фланец обтуриатора.

Таким образом, обтуриатор оказывается замурованным в ткани, бронхиальный свищ ликвидирован.

Пример. Больной К.в., 59 лет, в апреле 1978 г. перенес удаление правого легкого по поводу абсцидирующей пневмонии с бронхоктазами. Послеоперационный период осложнился эмпиемой остаточной плевральной полости с развитием бронхоплеврального свища. Попытка лечения методом пункций оказалась безуспешной. Через 2 мес после операции проведена повторная операция — реторакотомия и тампонада остаточной полости по методу А. В. Вишневского. От предложенной торакопластики отказался. Выписан из стационара с наличием бронхоплевроторакального свища для продолжения лечения по месту жительства в условиях клиники.

При повторном поступлении в институт состояние больного удовлетворительное, нетошен, раздражен, жалуется на постоянный кашель с слизисто-гнойной микротой и выделениями из старого раневого отверстия, расположенного на правой боковой стенке груди, одышку, чувство крайнего недостатка воздуха в момент смены повязки-пробки, которую в связи с кашлем на протяжении 4 лет вынужден менять 2-3 раза в день.

При обследовании установлено наличие большого прямого бронхоплевроторакального свища

22.03.82 проведена операция — повторная реторакотомия с резекцией IV ребра по аксилярным линиям. При осмотре — остаточная плевральная полость емкостью до 500 мл (0,5 л), поверхность ее и свищевого хода покрыта сочными розовыми легко кровоточащими тканями; бронхиальный свищ размером в диаметре 1,2 см длиной 2 см с воронкообразным ходом со стороны медиастинальной стенки. В просвете свища гноевидная слизь, на границе с трахеей свищуют две танталовые скобки, через свищевое отверстие свободно просматриваются трахея и главный левый бронх. Остаточная полость и свищевой ход обработаны спиртом, танталовые скобки удалены, слизистая свища и ткани, окружающие его отверстия, смазаны 25%-ным раствором азотокислого серебра. Поверхность обтуриатора, подобранныго по размеру свища, и стенки просвета бронха смазаны медицинским kleem. Обтуриатор введен в просвет свищевого хода, фланец его плотно прижат к медиастинальной стенке, остаточная полость ушита наглухо, грудная клетка закрыта полностью с оставлением нишельного резинового дренажа.

Послеоперационный период гладкий. Через 15 дней после операции дренаж удален, рана зажила первичным натяжением. Общее состояние больного удовлетворительное,

одышки нет, больной активен, через 2 мес после операции выписан домой в общем удовлетворительном состоянии. Через 9 мес

4
состояние хорошее, активен, прибавил в весе, выполнял всю домашнюю работу и работу по специальности — ветфельдшера.

Редактор Ю. Шамшад
Заказ №4513

Составитель Н. Соловьев
Петр И. Верх
Борисоглебский
Библиотека

ВНИИПИ Государственного комитета СССР
по делам изобретений и открытий
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб. д. 65
Филиал ППП «Патент», г. Ужгород, ул. Пролетарская, 4

**This Page is Inserted by IFW Indexing and Scanning
Operations and is not part of the Official Record**

BEST AVAILABLE IMAGES

Defective images within this document are accurate representations of the original documents submitted by the applicant.

Defects in the images include but are not limited to the items checked:

- BLACK BORDERS**
- IMAGE CUT OFF AT TOP, BOTTOM OR SIDES**
- FADED TEXT OR DRAWING**
- BLURRED OR ILLEGIBLE TEXT OR DRAWING**
- SKEWED/SLANTED IMAGES**
- COLOR OR BLACK AND WHITE PHOTOGRAPHS**
- GRAY SCALE DOCUMENTS**
- LINES OR MARKS ON ORIGINAL DOCUMENT**
- REFERENCE(S) OR EXHIBIT(S) SUBMITTED ARE POOR QUALITY**
- OTHER: _____**

IMAGES ARE BEST AVAILABLE COPY.

As rescanning these documents will not correct the image problems checked, please do not report these problems to the IFW Image Problem Mailbox.